

## DECLARACIÓN POR OTROS INGRESOS

**Instrucciones:** Complete esta declaración si usted no tiene otros documentos que muestren los ingresos que declaró en su solicitud de Get Covered New Jersey y si necesita enviar documentos para verificar los ingresos que informó en su solicitud por cobertura de Get Covered New Jersey.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

1. Yo, \_\_\_\_\_ (nombre), certifico y afirmo que los ingresos actuales de mi hogar son \$ \_\_\_\_\_.

2. El origen de estos ingresos es \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

3. No tengo ningún otro documento para verificar estos ingresos debido a que \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

4. Comprendo que, si se determina que cumplo los requisitos para un plan de salud calificado, debo reportar cualquier cambio (incluidos cambios en los ingresos, dirección y miembros del hogar) a GetCoveredNJ dentro de 30 días, dado que puede afectar el monto de asistencia para el cual puedo ser elegible. Estos cambios los puedo reportar al ingresar a mi cuenta de [GetCovered.nj.gov/espanol](http://GetCovered.nj.gov/espanol), o llamando al centro de llamadas al 1-833-677-1010. Comprendo que si recibo una cantidad excesiva de asistencia en forma de créditos fiscales federales anticipados para las cuotas (APTC, en inglés) durante el año de los beneficios, deberé devolver el monte en exceso recibido al Servicio de Impuestos Internos (IRS) al momento de presentar mi declaración federal de impuestos para el año de la cobertura.

5. Declaro bajo pena de perjurio y certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Soy consciente que si cualquier parte de lo que declaré anteriormente es intencionalmente falso, estoy sujeto a sanciones.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA